

被業務(実務)経験証明者 _____ に係る勤務状況報告書

年 月 日

薬局開設者又は医薬品の販売業者名：
代表者氏名：

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務経験又は実務経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、求めがあれば提供いたします。

_____年 _____月～ _____年 _____月分の勤務状況

従事期間（1カ月単位で記載）	従事日数	従事時間
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
月 日～ 月 日	日数	時間 分
年 月 日～ 年 月 日	計	時間 分

根拠としたもの： 勤務簿・その他（ _____ ）

- ※業務経験証明書又は実務経験証明書 1 枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。
- ※月の中日から翌月の前日までを1カ月単位としてもよい。
- ※従事期間欄等に空欄が生じた場合は斜線を引くこと。